

中間施設について

【昭和60年度日本医師会医療システム研究委員会報告】

昭和60年7月25日日本医師会医療システム研究委員会

はじめに

二十一世紀に目を向けてわが国の人口をみると、きわめて重大な変化が予想される。すなわち、平均寿命の伸長および出生率の低下によって人口高齢化はさらに進み、就業構造の変化と共に「老後保障」は当面する最大の社会問題となっている。

戦後の家族制度の崩壊、核家族化への進行と、最近の風潮である「家の見直し」の考え方が共存した状態は老人問題を一層複雑にしている。社会構造の変革の中で直接その矛盾やしわよせを受けるのは老人自体であるが、高齢化の急速な進展によって、単に老人問題だけでなく現代社会の根幹をなす「社会保障」

のあり方に深い係わり合いをもっているのは

当然である。多度多死から、多度少死、そして少産少死型への日本型人口革命のパターンの中で、高齢化は七十歳以上そして八十歳以上への超高齢化社会へ進むことが予想される。生産年齢人口の相対的低下によって老人を支える若年者の負担が増加するという単なる経済面からの発想で老人問題を考えてはならない。

老化、傷病と障害の多発、現実社会からの疎外という点から考えると老後問題は単なる福祉ということではなく、医学医療との関連によって大きい視点から対処すべきである。老人にとっては医療と福祉の分断は不可能である。

一 わが国の社会構造、医療制度と福祉について

○戦後、憲法二十五条によって社会保障の国家責任が明確化され戦後経済のめざましい成長と国民の権利意識の増大の中で、保険と福祉、公的扶助などの各種制度も複雑多様化してきた（表1）。

○国民皆保険や福祉政策の充実によって世界に類例をみない程の社会保障が昭和四十八年のオイルショックを契機として、低成長、スラグフレーションの進行によって新たな生活不安が生み出され、特に低所得者層や老人にとっては極めて深刻な影響を与えた。「福祉と

表1 社 会 保 障

社 会 保 障	内	容
公的扶助		
社会福祉		身体障害者福祉、精神薄弱者福祉 老人福祉、老人医療 児童福祉、心身障害児等対策、児童扶養手当、児童手当 母子衛生、母子及び寡婦福祉、学校給食等 国立更生援護機関 災害救助 その他の社会福祉
社会保険		政府管掌健康保険 組合管掌健康保険 日雇労働者健康保険 国民健康保険 船員保険 共済組合（国家公務員、地方公務員等、公共企業体職員等 私立学校教職員、農林漁業団体職員） 厚生年金保険、厚生年金基金 国民年金 農業者年金基金 雇用保険 労働者災害補償保険、公務災害補償 退職者医療制度
公衆衛生・医療		結核対策、精神衛生事業、らい予防対策、伝染病予防 保健所、上下水道施設整備、一般廃棄物処理 公害対策 国公立医療機関整備、運営 その他の公衆衛生及び医療
老人保健		医療 医療以外の保健事業
恩給		文官恩給、地方公務員恩給、旧軍人遺族恩給、その他
戦争犠牲者援護		戦没者遺族年金等、戦傷病者医療等、原爆医療等 その他戦争犠牲者援護

て聖域に非ず」という考え方は人間の英知により創造された偉大なる所産、宝であった筈の「高齢化社会」に大きいかげりを投げかけてきている。

○社会構造の変革や疾病構造の変化、医学医療の技術革新、さらに高度情報化社会、ニューメディアの到来など、目まぐるしい社会変様の中で夫々の制度は多くの矛盾と不合理を包蔵したまままで対応しきれなくなっている。

(1)人口構造及び世帯構成について

死亡率低下は平均寿命の伸びとなって現れるが昭和二十二年には男五十歳、女五十四歳であったものが年々一〜二歳ずつ伸びて昭和三十五年には男六十五歳、女七十歳に達した。その後も引き続き寿命が伸び、昭和五十九年の生命表によると男七四・五四歳、女八〇・一八歳と遂に世界の最長寿命となった。

○老年人口比率(六十五歳以上人口/総人口)は、昭和四十五年には七%をこえ、昭和五十八年には九・八%になり老年人口の比率は今世紀末には欧米並の一五%前後に達するものと推計されている。二十一世紀に入ると二〇%をこえ本格的な高齢化、超高齢化社会の様相

を呈することになる。

老人一人を何人の生産年齢人口(十五歳から六十四歳)で支えるかをみると、昭和五十五年には七・四人、昭和七十五年には四・三人、昭和百年には二・九人に減少する。

家族の変化と高齢者の生活をみると、一世帯当りの平均世帯人員は戦前から昭和三十年までは約五人で大きな変化は見られなかった。出生率の低下、核家族化、長子相続性廃止、扶養意識の低下などによって単独世帯が増加し、昭和五十五年以降は三・三人に低下している。このような家族構成の変化によって、子供夫婦など親族と同居する高齢者(六十五歳以上)の割合も、昭和三十五年の八七%が昭和五十五年は七〇%を下廻った。同居率の低下は都市農村に共通しており、今後独り暮らしや老夫婦だけで住む高齢者はさらに増えるものと予想される。なお高齢化の速度は六十五歳以上の老人人口の比率が七%から一四%に倍増するために要した時間が、フランスの一・一五年、スウェーデンの八五年、英国や西ドイツが四五年であるのに日本は二五年前後と見込まれることから、西欧諸国と共に老年人口の割合は四〇年後には二〇%をこえるも

のと考えられている。

(2)疾病構造の変化について

戦前より上位を占めていた肺炎、結核、気管支炎、胃腸炎などの感染症が次第に減少し、替って、成人病の増加が著しくなってきた。昭和二十六年よりトップを占めていた脳血管障害が、昭和五十六年には悪性新生物と入れ替って、死亡原因はいわゆる三大成人病とされるがん・脳血管障害・心疾患の順位となった。

疾病構造も徐々に変化しつつあり、成人病対策の必要性が叫ばれているが今後老年人口の増加とともに、成人病が増加することは明らかであり、老人対策を考える前に成人病に對するとりくみは最重要課題となってくる。

(3)医療費構造について

医療費の高騰は世界的な傾向であり、各国共に国家財政の基盤を揺がすものとして種々の医療費の抑制策が打ち出されている。一般経済理論の概念からは医療費のCost-Benefit論議は極めて難解である。わが国の医療費増高の原因は科学技術の進歩に伴い①医療そのものが巨大な技術集積化をとげ、パラメディ

カル職種の充実によって今や労働集約型産業の形態となってきたこと 国民皆保険や福祉諸施策が充実強化されたことにより、平等思想や自己権利意識が定着してきたこと 急速な高齢化社会の到来によって疾病構造が大きく変化してきた、以上の三大要因に他ならない。

四地域社会の変化

社会福祉の分野で老人問題が独立した形で扱われたのは、昭和三十八年の老人福祉法の施行後である。それまでの老人福祉は救貧対策の一つとして生活保護法によるものか、老人特有の身体障害については身体障害者行政一般の中でとり扱われていたのである。

昭和三十九年四月、厚生省内に老人福祉課の発足をみた。当時、経済の高度成長はわが国の産業構造や社会構造に大きい変革をもたらし、それに従って国民の生活様式や生活意識に影響を与え、社会福祉の分野にも質的、量的変化をもたらした。

生活構造の変化の内、家族生活に関するものとして核家族の進行、家族構成員の相互依存性の低下、家族機能の縮小、共働きの増加などが家族の生活様式を変え、家族の扶養能

力と意識を著しく低下させた。

第二番目に地域生活の変化をあげることができる。過疎、過密問題を抱えた地域社会の変貌は、一方で社会資源の不足、住宅難等の生活問題を拡大させ、他方では地域住民の相互援助機能の低下をもたらした。

五ニーズの多機化

日本的家族制度が脆弱化し、長子相続性が失われて個人の権利意識が際限なく高まる中で、子供、障害者、老人などの個別的ニーズは今や家族や地域社会だけではその充足は困難となっており、貧困に対する経済的サービスのみならず、日常生活に欠かすことのできない介護あるいは養護などの対人福祉サービスのニーズとますます強い要求がなされている。

社会構造の変化にともなって、社会福祉に対する国民の意識も高まってきた。社会生活上の基本的ニーズ（経済安定・職業の機会・身体的精神的健康・社会的連帯の土壌作り・家族関係の安定・教育の機会・文化娯楽への参加）は個人あるいは家族などに全面的に期待できなかつたことにより、社会的にこれを

求める傾向、権利意識が強まってきた。

一一 中間施設論議の問題点と経緯

本格的な高齢化社会の到来と共に、成人病や慢性疾患の増加等疾病構造も大きく変化しつつあり、ますます多様化する保健、医療、福祉のニーズの対応する総合的な施策体系の検討は当面する緊急課題である。昭和五十八年二月施行の老人保健法の一つの考え方は、老人の長期入院患者をできるだけ在宅療養に切り換えてゆこうというねらいがあった。

退院して在宅療養をいたくても、帰るべき場所がない。家族の老人扶養意識の低下や、核家族化や夫婦共かせぎ等によって老人を引取ることが不可能なケースが増加しつつあると考える。

本来病院への入院は、ケアが必要な場合であるが、退院可能であるのに帰宅できない老人は生活の場を失うことになる。このような老人は老人ホームに収容するしかないが、老人ホーム自体が地域的に不足している。老人自体も老人ホームへの入所は希望しないし、家族にしても世間体を気にして継続入院を望むことになる。何等かの理由で病院と老人ホー

表2 予想される厚生省の中間施設構想

(中間施設懇談会資料より)：昭和60年4月)

項 目	内 容																
1. 設 立 主 体	都道府県、市区町村、社会福祉法人、医療法人、 第三セクター方式																
2. 入 所 形 態	利用者と施設長の私的契約措置制度は行わない																
3. 入 所 基 準	積極的医療を必要とせず、常時介護を必要とするもの(レセプト点数による制限)																
4. 費 用 負 担	生活費(給食費、室料)……………自己負担 医療、介護費用……………医療費、一部自己負担 一人いくらの総額請負制度 月25万~30万円程度と予想されるが、施設間である程度の自由度を認める																
5. サービス内容	24時間常時介護、給食、健康管理 生活指導、リハビリテーション																
6. 医療、介護スタッフの配置 (100床当りの概数)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>医 師</th> <th>ナース</th> <th>寮 母</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A (特養型)</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>B (中間型)</td> <td>2</td> <td>10</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>C (特例病院)</td> <td>3</td> <td>17</td> <td>13</td> </tr> </tbody> </table>		医 師	ナース	寮 母	A (特養型)	1	3	22	B (中間型)	2	10	18	C (特例病院)	3	17	13
	医 師	ナース	寮 母														
A (特養型)	1	3	22														
B (中間型)	2	10	18														
C (特例病院)	3	17	13														

表3 病院・中間施設・在宅ケア関係連携表

	病 院	中間施設	在宅ケア
医師との関連度	高 い	中程度	低 い
急激な病変の可能性	多 い	少 い	少 い
医師以外の看護サービス	必 要	不 要	必 要
専門看護の必要性	高 い	低 い	低 い
専門看護以外による看護・介護の必要性は	低 い	高 い	高 い
家庭環境は	—	不 適	適 切
患者の精神状態は	—	問 題 有	問 題 無
家族は家庭看護を	—	不 要	必 要
患者移送の問題点	問 題 有	問 題 有	問 題 無

ムの両方から締め出された老人はどうするか。高齢化によってこの傾向はますます強くなるであろうし、寝たきりや痴呆の発生の防止も考慮しながら外国などの「ナーシングホーム」的な発想によって起ってきたのが中間施設整備論議の中心点であろう(表3)。

社制審の建議の中に、医療機関である病院と福祉施設である特養老の間に入所中の老人の心身状態には殆ど差異がみられないので、両者を統合してそれぞれの長所をもちよって「新しい型の介護施設」を制度化する必要があると述べられている。

この実態の不合理の原因は特養老ホームのベッドが必要に比し、あまりに少いということと、待機中の「寝たきり」がやむなく病院に收容されるケースがあり、老人病院が一部特発代替施設化したことである。

さらに老人保健法が成立して、六〇%以上の老人を收容する病院をいわゆる老人病院と位置づけ、一定の診療制限を加えた「まるめ」をし、病院の施設化を合法的に固定化してしまつたことである。

場あたりに「中間施設論議」を提唱することや施設さえ作ればすべての問題が解決

できるという考え方が好ましくない。

「中間」という用語はかなり漠然としているが、家庭と医療や福祉施設の中間に位置する施設の総称という考え方の他に、傷病発症から治療までの中間、傷病により一時的に失つた日常生活の行動能力の回復過程における中間、全面的ケアから自立生活にいたるまでの中間、医療システムと福祉システムとの中間という考え方もある。

一社会保険制度審議会による提言(S60:1:24)

重介護を必要とする老人が増加する一方、家庭の介護機能は減退するので、この対策を緊急課題として取り上げる必要がある。

介護施設を計画的に整備し、待機者のないようにする。

老人病院と特別養護老人ホームを制度的に一本化し、両者の手続、費用負担などの相違を解消するとともに介護費用部分は社会保険の費用で、生活費部分は患者または扶養義務者の負担でまかなうことが適当である。

二中間施設懇談会(厚生省 S60:7)

要介護老人対策の基本的考え方

A 要介護老人の発生数の抑制

- ・ 壮年期からの健康管理、疾病予防
 - ・ リハビリテーション対策の充実
- B 対策のあり方

- ・ 多様なニーズをもつ老人のあるべき処遇
- ・ 老人の自立、自主性を尊重し、老人の立場に立ったケア、サービスの必要性

・ 在宅処遇が基本

訪問指導、訪問看護、食事、入浴、及び
デイケア、デイサービスなどの通所、短期
入所施設の充実強化を図る。

・ 在宅処遇が困難な者に対する施設対策を検討。
医療と福祉の両機能の総合化に配慮。

・ 対策は市町村が中心となり、関係機関、施設が一体となって推進すべきである(表2)。

三その他「中間施設」についての意見書

中間施設を考える会(S60:2:27)

高齢者自身の立場に立つて、人間の尊厳を終末まで維持し、自立への希望と可能性を保ち支える生活の場としての施設。

医療と福祉の協力によるネットワーク。

現状の高齢者向けの施設は「病院かホームか」「在宅か施設か」と常に二者択一的で

あった。高齢者の健康や心理状態は二者択一的に割り切れるものではない。専門性の追及と、総合性、連続性を目標にすること。

すべての老人施設は適当な地域配分を再考すべきである。

施設設置については、専門家や地域住民の意見を尊重し健全な運営を行う。

四 中間施設整備に関する見解

医療機関の病床の中からアフターケアの中間施設を考える。

わが国の病床数は病院一四四万床、有床診療所二九万床あり総数は約一七三万床である。

特別養護老人ホームは一四二七施設、定員一〇万七〇〇〇人（S58年3月現在）と見積

られている。半年以上の寝たきり老人は地域に二五万人もいると推計されているが施設収容にはおのずから限界がある。

法規上老人病院とは、特例許可と特例許可外の総称であり、昭和五十八年四月未現在で特例許可は五四〇病院、同許可外は九五病院で計六三五病院であった。

現行の老人病院では生活援助機能が少く、介護職員を配置しても病院全体の中での連携

機能は充分発揮できない。本来病院とは科学的で、適正な診療をうける場所と規定してある以上「医療法」の再検討が必要となる。厚生省が考えているのは医療法改正案の中で病床増加に対する歯止めをし、病診連携による機能分化を表明しながら現在の病床数をすくなくとも二〇〇四〇万床の削減を図っているのではないかと思われる。

特養老ホームの医療面のサービスを強化し、中間施設としての特徴を明確化する。

中間施設を結核、精神、特例許可病院などのように病院の範疇でとらえてその費用を医療費として支払った方がよいという国の考え方もあるし、今の病院組織を分解して新しいものを作るという発想もあるようだが、病院ベッドを老人の福祉施設として解放し、福祉施設的に運営し、その費用を医療費でもつという計画よりは効率的であろう。「過剰ベッドの中間施設への転用」が廃物利用という考え方でとらえることは好ましくない。また同一施設内の一部を転用するにしても、特養老の設置基準に合う集会場、食堂、デイルームなどのスペースの確保は困難であり、改修も不可能である。

単なる経費節減を目的とするものが病院の機能分化論という形にすり替えられて論議されることは好ましくない。

病院を医療の大柱で押さえながら、特例許可病院のように一般病院の外柱におくことによつて医療費を抑制しようという中間施設のイメージは、限りなく福祉に近い老人病院を新しく設けることをにおわせる。

新しい形での中間施設を検討する。

厚生省のイメージする中間施設、すなわち限りなく福祉に近い老人病院が、限りなく医療に近い老人ホームのいずれかにしても、現在の特養老施設よりもコストアップするであろうが、その分は自己負担をアップさせたら良いというのでは問題解決の糸口にはならない。

過日、介護老人の福祉サービスの有料化と老人医療費の公的負担のあり方について、本格的検討をするために「医療分野における民間活力導入に関する研究会」が設置された。厚生省が社会保険福祉協会などの外郭団体に委託、事務局は省内に設置し、諮問機関として運営するという。社会保障各分野の学識者や生命保険関係者の三〇名程度の構成であるが医療サービスに私的保険を導入し拡大化を

図ることや介護対策に民間活力を導入することなどが中心テーマになることは明白である。

公平と効率の観点から有料化への傾向は必ずであるが、一方現在の社会状況の中では福祉の後退として非難されるべきでないとする論議も強くなっている。民間企業のシルバー市場への参加に射し、行政が排除や規制を行ったり、それと競合するようなサービスを提すべきでないという社制審の提言があつたが、第三セクター方式に委託する考え方が台頭しつつあることに不安を感じる。生命保険、私的保険の積極的活用によって公的制度との適切な組合せを進め、公費負担の軽減抑制をはかることは、近い将来医療の中に必ず導入されるであろう。

三 老人施策体系が直面している

問題点

生活援助中心の傷病老人、老弱、障害老人増加

財政硬直下における費用の増大

入院は必要としないが在宅療養が困難な

老人の増加と入所待機者の増加

老人保健法自体が制度的に未整備未成熟である

地域におけるデイケア施策の量的不足

保健 - 医療 - 福祉サービスの有機的

連携システムが未成熟である

家庭における介護力の不足、低下

、 については省略するが、 については

は病院あるいは老人ホームに入所できない待機者が増大しているし、寝たきり老人も二五万人にも達すると言われている。ケアは必要でないがケアを要する患者に対する生活援助サービスは不充分であるが、寝たきりを強いられている在宅患者の増加が問題である。

、 については考えると、入院から家庭におけるケアの志向に対する受け皿や制度的機能が未成熟であり、地域でのトータルサービスの量、質ともに著しく低下していることを指摘したい。

については、各分野で必要性が強調されながら、理想論と財政論とのはざまの中で実際の活動実践が甚だ立ち遅れている。

についてはさきに述べたように世帯規模の減少、老人単身あるいは老人夫婦の世帯の増加、さらに家庭内における老人介護に

対するインセンティブの低下と住宅問題などが問題である。

老人は、施設が在宅かという単純な割り切り方でなく両者の併用こそが大切である。経費節約の面から在宅ケアをのぞむのでなく老人の生きがいということを一義的に考えるべきである。老人本人と家族の両方の立場を尊重するような体制と施設整備が大切であり、なによりも問題解決のための実質的議論とコンセンサスを得ることを目的とすべきである。

結語 中間施設についての提言

一 中間施設の位置づけ

いわゆる中間施設は地域包括医療システムの中で考えるべきで、そのためには地域医療を支え、プライマリ・ケアを担当する医療担当者がその対策の要となるべきである。

保健・医療・福祉という一貫性のある新しい医療体系の中で、いわゆる「中間施設の機能と位置づけ」を考えるべきである。

従来、入院患者と特養老、老人ホーム入所者の間には全く接点がなく、疾病治療を目的とする医療と生活援助を目的とする福祉はそれぞれの法体系の下で実践され評価され

てきた。

今後の施策を考える上で誰が、どのような立場でその対策の要になるかは非常に重要であつて、それによつて今後の実践的アプローチの方向が決まる。

老人の心身特性、罹病率、疾病の特徴を考え、地域で寝たきり老人の在宅治療をするプライマリ・ケア担当医や入院治療を担当する医師の主導性を評価しなければならない。

老人は在宅ケア、施設ケアを問わず突発的心疾患や老人性精神障害に加え、寝たきりによつて起る褥瘡による二次感染など医療との係わり合いが非常に多いので、医療担当者の意見を充分ふまえて施設のあり方、設置場所、規模などを検討すべきである。

二 中間施設の（定義）機能

老人の心身特性、疾病との係わり合いから考えて、家庭と病院、病院治療と在宅治療との中間的な役割を果す施設と考えられるが、中間施設は機能面や対象者を中心にして定義づけられるべきであろう。

尚、一般的な養護老人ホーム、軽費老人ホームB型は自立出来る人の施設であつて社会的

環境による入所施設としてこの際は対象から除外して考える。

特養老・A型軽費老人ホームは介護中心であるが、老人の心身特性を考慮して医師の監督下に置き、随時往診など医療への対応を図る。

短期間要介護老人を受け入れるショートステイ施設は特養老以上の施設に併設或は新設する。

いずれの施設にあつても医療は総てオープンシステムとすることが望ましい。

三 医療と介護に対する費用ならびに入所費用について

医療は社会保険による出来高払制によるものとする。介護費用、入所費用は一部自己負担とし、但し所得に応じた配慮は必要である。

医療は社会保険診療報酬による出来高払制で行い、老人に差別をもつべきでない。

介護費用についても、一般病院、老人病院と差があつてはならない。

在宅ケアの要介護世帯については老人に対する基礎控除の引き上げなど特別な税制の配慮が必要である。

日常の生活に伴う費用は在宅ケアと比較して格差をつけてはいけない。従つて自己負担

と考へた方がよい。

尚、入所費用については病院から中間施設或は中間施設から病院への移送、転送のケースを考えると一部負担を設けた方がよいと考える。

四 入所基準のルール化

在宅ケア・施設ケアの利用に際しては医療担当者を含む委員会がこれを決定し、その際医師の発行する証明書の提出を義務づける。

入所、退所に際しての条件の中では老人の家庭生活環境はもちろん、本人の健康状態から疾病の治療状況が極めて大きな要因となる。協議の結果によつては中間施設より一般病院を必要とするケースも考えられる場合もあり、医療担当者を含む審議のための委員会を編成すべきである。

特に今後その利用度を増すと考えられるショートステイの利用は老人の健康状態をよく熟知しているかかりつけ医の説明を必要とするルールを規定すべきである。

五 医療法との関連

いわゆる「中間施設」については医療法の中で規定し、特にその位置づけ、機能を明確

化する必要がある。

現在、特養老へ入所を希望する老人が多いと聞く。特養老の新設・増設の実現が最も望まれるところであるが、それも困難な現状では、いわゆる「中間施設」の検討も止むを得ない。

先にも述べた通り老人の心身特徴や病態特性を考えると、特養老部分に病院機能を負荷した施設が望まれる。そのような意味からいわゆる「中間施設」は先ず医療法の中で位置づけを明確化し、その機能を規定しておく必要がある。

尚、施設の整備規準については、税制問題等を考慮して老人福祉法による規定が望ましい。

六病院病体の中間施設への転用について昭和五十九年十月の健保本人の割負担の導入によって、医療費の伸びは著しく低下したが、老人医療費は更に増大する傾向にあり、これを如何に圧縮するかが今後行政の課題となることは必定である。

従って、現在のような出来高払い制度では、到底医療費の圧縮は望めないとして、今後はいつそう「まるめ」が図られるものと思う。

その結果、寝たきり老人、ボケ老人などを

現行の特養老或はそれ以下の費用で収容する施設、即ち中間施設に老人を収容し、一病息災の概念の定着を図るものと思う。

しかも、最近の患者の病院志向は入院費の膨大化となり、この面からも中間施設論のコンセンサスは目下の急務とされている。

従って、今後入院医療費に関して積極的に圧縮策が図られる結果、現在の老人病院・中小病院・有床診療所等から中間施設に移行せざるを得なくなってくるころが出てくることも想像される。政府は大きな財源を必要とする新規の中間施設建設より、現状の病院病床より中間施設への転用を図る方向で検討を進めていることは明白である。

そもそも中間施設論は深刻な高齢社会を目前に、現行の老人諸施策では充分に対応できないのではないかという危惧から生れたのであるが、現状は財政的見地からの検討であり、ここ当分の間は財政対策が優先し、残念ながら正論は顧みられずに施行されるのではないかという心配がある。

一般病床からの中間施設への転用は各医療機関の自由選択に任すべきであり、法的措置による急激な変更は、絶対に避けなければな

らない。当面、中間施設の絶対数確保を一般病床より望むというなら、先ず、再編成を目指す国立病院、国立療養所を対象とすべきである。統廃合の結論を得ていない現在、格好の対象となり得るものと考えらる。

(日本医師会医療システム研究委員会)

(委員長)

佐野正人

藤咲暉

饗庭昭

飯塚弘志

大串良士

佐野和男 (S60・4 退任)

白男川史朗軌

範本荘一

田中茂

中村努

西祥太郎

平田敏夫

藤岡義郎

松崎彰士 (S60・5 退任)

渡辺武

青木重昭 (S60・6)